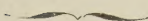
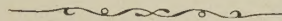


L'INFLUENZA ^{N° 20}



EN 1889-90

ET L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE



THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 26 JANVIER 1892

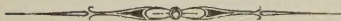
PAR

Joseph BATTAREL

Né à la Seyne (Var)

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

—
1892

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
BERTIN-SANS..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (*).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Id. VILLE (Ch. de c.)	
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Physiologie.....	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale.....	TÉDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (*).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (*).
Anatomie.....	PAULET (O.*.*).
Pathologie interne.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Clinique médicale.....	N...

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. * * *).
Profess. honor. : M. DUPRE (O. * C. * *).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Histologie.....	MM. BLAISE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des enfants.	BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	REGIMBEAU, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. GAYRAUD	MM. BAUMEL	MM. SARDA
DE GIRARD	VILLE	ESTOR
SERRE	GERBAUD	HEDON
REGIMBEAU	GILIS	LECERCLE
BLAISE	BROUSSE	

MM. H. GOT, *secrétaire*.
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire*.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CARRIEU, <i>président</i> .	MM. BAUMEL, agrégé.
SARDA, professeur.	BROUSSE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

J. BATTAREL.

A MES PARENTS

A MES AMIS

J BATTAREL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DAVIN

DE PIGNANS (Var)

A MONSIEUR LE DOCTEUR TRUC

Professeur de Clinique ophtalmologique

A MONSIEUR LE DOCTEUR NOZERAN

Chevalier de la Légion d'honneur

J. BATTAREL.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROUVIER

Médecin en chef de la Marine
Sous-Directeur du Service de santé.

J. BATTAREL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

J. BATTAREL.

A MONSIEUR ERNEST DURAND

J. BATTAREL.

INTRODUCTION

Pressé de finir nos études médicales, nous n'avons pas eu la prétention de faire, dans ce modeste travail, une étude complète de l'influenza: ce sujet a été trop bien et trop complètement exposé par des plumes plus autorisées que la nôtre. C'est pourquoi nous avons laissé de côté les complications pour ne nous occuper que de la maladie proprement dite.

Notre seul but, dans cette thèse inaugurale, a été de faire connaître les quelques réflexions qui nous ont été suggérées par la comparaison de l'épidémie de cette année avec celle de 1889-1890: à cette époque, nous étions en service à l'hôpital Saint-Mandrier, à Toulon, et cette année, pendant les vacances de Noël, nous avons eu l'occasion d'assister au début de la maladie dans la même ville.

Nous aurions voulu consacrer plus de temps à l'exécution de ce travail, ce qui nous aurait permis d'attendre la fin de l'épidémie; mais les exigences de notre carrière nous ont forcé à restreindre l'étendue de nos recherches. Nous prions donc nos Juges de vouloir bien nous accorder toute leur bienveillance et toute leur indulgence pour les lacunes que pourrait contenir ce travail.

Avant d'aborder notre sujet, nous nous faisons un devoir

de remercier M. le D^r Nozeran, qui nous l'a inspiré et nous a fourni les deux principales observations. Nous n'oublierons jamais le sympathique accueil qu'il nous a toujours fait.

Nous remercions également M. le D^r Castellan, médecin de 1^{re} classe de la marine; M. le D^r Ourse, médecin de 1^{re} classe de la marine, et M. Tambon, pharmacien de 2^e classe de la marine, qui ont bien voulu faciliter nos recherches.

A la veille de débiter dans notre nouvelle carrière, nous ne saurions trop exprimer notre reconnaissance à M. le professeur Truc, pour l'appui qu'il nous a prêté en toute circonstance et pour les bons conseils qu'il n'a jamais cessé de nous prodiguer pendant tout le cours de nos études médicales.

Que M. le professeur Carrieu reçoive ici l'expression de notre gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre Thèse.

DIVISION DU SUJET

- I. — Historique de la grippe.
 - II. — Tableau clinique de la grippe durant l'épidémie de 1889-1890.
 - III. — L'épidémie actuelle (1891-1892).
 - IV. — Bactériologie de la grippe.
 - V. — Traitement de la grippe :
 - 1^o Traitement de la maladie ;
 - 2^o Traitement de la convalescence.
-

L'INFLUENZA EN 1889-90

ET

L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La maladie que nous désignons, dans le langage médical courant, sous le nom de *grippe* ou d'*influenza*, a reçu à travers les âges des dénominations multiples : *catarrhus febrilis*, *catarrhus epidemicus*, *synochus catarrhalis*, baraguette, petite peste, petit courrier, etc. Le nom de grippe a été donné à la maladie au siècle dernier par Sauvages (de Montpellier), sans doute en raison de l'aspect de la face souvent présenté par les malades. Le nom d'*influenza* lui a été conféré en 1802, à l'époque où Milan et Venise en furent atteintes. Introduite dans le vocabulaire médical par Huxham, cette expression a été vulgarisée surtout depuis l'épidémie de 1889-90.

Les auteurs qui ont écrit avant le XV^e siècle ne nous ont

laissé aucune description d'épidémie qui puisse se rapporter avec quelque certitude à la maladie que l'on désigne sous le nom de *grippe*, *influenza* ; mais nous ne pensons pas qu'on doive conclure que cette maladie n'a pas existé antérieurement. Les affections catarrhales n'étaient point inconnues des anciens, Hippocrate en parle dans ses *Pronostics*.

Pour trouver une description de ce genre de maladie, il faut arriver à l'année 1510 : « On la nomma coqueluche, dit Schenk-kius, *quod qui morbo tenebantur cuculio caput velarent.* »

Rivière nous a transmis la description d'une épidémie de même nature qui se manifesta en 1557 en différents pays.

En 1574, le vent du Sud ayant soufflé pendant une très grande partie de l'été et de l'automne, ces deux saisons furent chaudes et humides, et, à l'entrée de l'hiver, on observa plusieurs coryzas, avec écoulement d'une sérosité âcre par le nez, de la toux avec gêne de la respiration, des douleurs vagues vers les omoplates et dans la poitrine, etc.

Une épidémie semblable parcourut plusieurs pays de l'Europe et fit, rien qu'à Rome, 9,000 victimes. La maladie commençait par la fièvre et la toux ; ensuite venaient des douleurs de tête et de reins. D'après Rivière, qui a décrit cette épidémie, beaucoup de personnes périrent, les unes emportées par la violence de la maladie, les autres consumées lentement par la phthisie.

Depuis cette époque, chaque épidémie a trouvé son historien. Celle de 1658 a été décrite par Willis, et Sydenham fit de l'épidémie de 1676 un tableau qui restera toujours l'image fidèle de l'*influenza*. Cette dernière était caractérisée par des douleurs gravatives au début ; quelques jours après, toux souvent répétée, aiguë, profonde, sèche d'abord, puis suivie de quelques crachats parfois teints de sang et devenant visqueux au bout de deux ou trois jours. Chez quelques malades, sentiment de resserrement dans la poitrine, dyspnée très intense ;

douleurs dans les lombes, le sternum; pouls vif, fréquent; urines rouges; généralement grande prostration des forces.

L'épidémie qui, en 1691, parcourut la Hongrie, la Carniole, la Styrie, la Carinthie, le Tyrol, etc., fut bénigne en quelques localités, maligne en plusieurs autres. Elle vint après un froid rigoureux et une fonte de neige provoquée par les vents du Midi.

A partir de l'épidémie de 1730, la Russie est considérée comme le point de départ de la maladie. Dans toutes les épidémies qui vont se succéder, on constatera désormais la marche constante de la maladie du nord au midi et de l'est à l'ouest. Celle de 1730 règne dans presque toute l'Europe et se montre très meurtrière, surtout dans les grandes villes comme Paris et Londres.

La grippe se montra en décembre 1732 à Edimbourg et bientôt dans le reste de l'Ecosse; mais elle fut en général bénigne, se contentant de choisir ses victimes parmi les vieillards, les phtisiques indigents et d'autres personnes affaiblies par les maladies.

A partir de 1733, la grippe franchit plusieurs fois l'Océan pour sévir dans les deux Amériques. C'est à l'épidémie de cette année que la gaïeté française donna le nom de follette. Elle se manifestait par un léger frisson, suivi de chaleur, d'éternuements, de douleurs dans le dos, les membres et souvent la poitrine. Puis se déclarait la fièvre avec un pouls vif, et sans dureté. Un mucus épais et blanchâtre recouvrait la langue. Il y avait de l'insomnie, des vertiges, une céphalalgie atroce avec tintements d'oreille, et, à la suite, écoulement puriforme. La toux ainsi qu'un grand affaiblissement musculaire persistaient longtemps après la disparition des autres symptômes. Cette épidémie prit un caractère de malignité pendant les trois ou quatre années qu'elle continua à régner dans différents pays.

C'est à l'épidémie de 1743 que Sauvages donne pour la première fois le nom de grippe. Partout l'épidémie atteignit plusieurs personnes de la même famille; elle ne fut néanmoins pas dangereuse.

Les épidémies de 1773 et 1775 furent observées par Stoll et Heberden, qui donnèrent une bonne description de la forme gastrique de la maladie. Elle commença à la fin de novembre. Après un printemps et un été chauds et secs, il y eut un automne froid et pluvieux, l'atmosphère fut souvent chargée de brouillards épais et fétides. Les symptômes gastriques et intestinaux dominaient dans cette épidémie.

En 1802, la grippe s'abat de nouveau sur toute l'Europe. En Russie, le symptôme dominant fut une toux sèche et nerveuse, revenant par accès; en France, elle attaqua plus particulièrement les ouvriers et les classes pauvres. Les malades étaient atteints d'ophtalmie, d'angine, de parotidites.

Jusqu'en 1830, les épidémies de grippe furent assez bénignes. En 1833, Prian, Pétrequin, Bourgogne, font une bonne étude de sa forme abdominale et montrent comment la maladie, dans quelques-unes de ses modalités, peut aller jusqu'à simuler le choléra.

L'épidémie de 1835, dont l'histoire a été retracée magistralement par Graves, a servi de type à presque toutes les descriptions de nos auteurs classiques.

Celle de 1837 se montra d'abord à Londres, puis se répandit dans toute l'Angleterre, le Danemark, la Suède, l'Allemagne et la France. A Paris, on observa une prostration qui allongeait singulièrement la convalescence de tous les malades; les pneumonies furent surtout très fréquentes. A Lyon, la mortalité fut presque doublée. A Genève, près de la moitié de la population fut frappée.

Depuis 1887, les diverses épidémies de grippe qui ont parcouru l'Europe n'ont pas eu grand retentissement dans la

littérature médicale. Citons seulement les épidémies de 1848, 1867, 1870, 1875, celle de 1880-1881, qui fut suivie d'une grande épidémie de fièvre typhoïde, celle encore de 1886, remarquable par ses manifestations pulmonaires.

On pourrait, depuis 1837, décrire une épidémie de grippe pour chaque année à peu près, mais il est souvent difficile, dans les récits qui en ont été faits, de distinguer la part qui revient à la fièvre catarrhale saisonnière ou à la grippe épidémique.

La grande épidémie d'influenza de 1889-1890 n'a différé par aucun caractère essentiel des grandes épidémies antérieures, si ce n'est, comme l'a fait remarquer M. le professeur Grasset dans ses cliniques faites à l'hôpital Suburbain, par la prédominance énorme de l'élément nerveux sur l'élément catarrhal.

L'histoire clinique de cette épidémie est à peu près calquée sur celle des épidémies antérieures. Des enquêtes rigoureuses ont donné cependant des renseignements plus précis sur certaines formes et sur la marche de la maladie, et, si la cause première nous échappe encore, nous sommes bien renseignés maintenant sur la pathogénie des complications de la grippe. La nature des infections secondaires développées au cours de l'influenza, la notion de contagiosité de la maladie, sont autant de connaissances nouvellement acquises par l'étude de l'épidémie de 1889-1890.

Nous avons dit que, depuis l'épidémie de 1730, on a toujours vu la grippe marcher du nord au sud et de l'est à l'ouest; l'épidémie de 1889-1890 n'a pas manqué à cette loi. Nous en empruntons l'histoire aux cliniques faites par M. le professeur Grasset à l'hôpital St-Éloi Suburbain.

Les premiers cas ont été observés en Russie, dans les derniers jours du mois d'octobre. Au mois de novembre, la maladie prend nettement le caractère épidémique; elle se diffuse

et se généralise, si bien que, vers la fin du même mois, un tiers environ de la Russie se trouve atteint. Le czar est frappé, et la presse s'empare de la question.

C'est à la fin de novembre que la maladie éclate dans plusieurs capitales, notamment à Berlin et à Paris.

A Paris, les premiers cas de grippe sont constatés dans les magasins du Louvre, le 26 novembre. L'épidémie est restée primitivement localisée à ce foyer initial, frappant jusqu'à six cent soixante-dix employés.

Après le Louvre, c'est le tour du bureau central des Postes et Télégraphes, où, le 10 décembre, quatre-vingt-dix hommes et soixante femmes payaient leur tribut à la maladie. A ce moment, la diffusion dans Paris est complète et générale. Du 10 au 20 décembre, l'École polytechnique, l'École centrale, l'École St-Cyr, sont atteintes dans des proportions considérables. A la même époque, la haute société parisienne est prise de tous côtés, et l'épidémie gagne le midi de la France.

Pendant ce temps, l'Europe tout entière est progressivement envahie. La maladie débute à Berlin en même temps qu'à Paris. Elle éclate presque aussitôt à Vienne, envahit l'Autriche entière, et se diffuse sans tarder dans le sud de la Russie, l'Italie, l'Espagne, le Portugal. L'Angleterre est frappée plus tardivement et avec moins d'intensité.

Puis, une fois toute l'Europe envahie, l'Afrique est prise à son tour ; l'épidémie se propage en Algérie, en Tunisie, dans le Maroc. Plus tard, enfin, on la voit se répandre dans le Canada, les États-Unis, toute l'Amérique du Nord en un mot.

Dans tous les pays atteints, la grippe s'est étendue d'abord aux grands centres placés le long des grandes lignes de communication. De là, la maladie se dissémine en foyers secondaires vers les agglomérations humaines d'importance moindre, pour gagner en dernier lieu les localités les plus isolées.

Durant les deux années qui viennent de s'écouler depuis l'épidémie 1889-90, la grippe s'est montrée dans certaines contrées limitées, en Angleterre par exemple, au mois de mai de l'année passée et n'en est pas sortie.

Après être restée longtemps la question du jour, on commençait à l'oublier, lorsque, vers le milieu de décembre 1891, les journaux ont annoncé que l'influenza avait de nouveau fait son apparition. En effet, quelques cas avaient été constatés en Allemagne, et surtout à Berlin. Bientôt les cas deviennent plus nombreux ; quelques jours après, on apprend que l'influenza est à Paris et qu'elle s'étend dans les départements du nord de la France.

Actuellement, le midi de la France est envahi à son tour, et les journaux annoncent que la grippe étend ses ravages en Angleterre, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Égypte même.

Telle est, racontée aussi brièvement que possible, l'histoire de cette maladie qui, bien que bénigne par elle-même, fait encore de nombreuses victimes par ses complications.

CHAPITRE II

TABLEAU CLINIQUE DE L'ÉPIDÉMIE DE 1889-1890

Lorsqu'on parcourt les descriptions des différentes épidémies de grippe qui ont traversé l'Europe depuis deux siècles, on est frappé de voir combien la symptomatologie se présente sous des aspects variés. Non seulement les symptômes des épidémies ne sont pas semblables à eux-mêmes, mais encore on trouve des différences très notables suivant les pays, suivant des localités quelquefois très rapprochées; suivant enfin que les observations portent sur la période de début ou de déclin de l'épidémie.

Il résulte de là une difficulté fort grande, pour qui veut synthétiser toutes les descriptions et présenter un tableau clinique de la grippe.

Dans l'épidémie de 1837, par exemple, les symptômes dominants portent sur les muqueuses des voies respiratoires, et en particulier sur celle des fosses nasales, si bien que, dans la suite, on considère le coryza comme la caractéristique, de la grippe. Aussi lorsque survint, vers la fin de 1889, une épidémie où le rhumè de cerveau ne s'observait qu'exceptionnellement et dans laquelle les phénomènes nerveux dominaient, les premiers observateurs se refusèrent à reconnaître la grippe. De là les divergences des médecins et les discus-

sions contradictoires des sociétés médicales auxquelles l'épidémie de 1889-90 a donné lieu. On sait, en particulier, combien on hésita à différencier la grippe de la dengue.

Cependant, lorsqu'on compare les symptômes de cette épidémie à ceux des épidémies précédentes, on ne tarde pas à reconnaître entre eux une parenté certaine, et l'autonomie de la grippe, malgré la diversité de ses formes, apparaît avec une personnalité symptomatique nette et indiscutable.

Avant de décrire les diverses formes sous lesquelles s'est présentée l'épidémie de 1889, nous ne saurions mieux faire que de citer une description saisissante empruntée à l'ouvrage de Caizergues et relative à l'épidémie de 1837 :

« La grippe débutait ordinairement, aux heures du soir, par des frissons vagues et irréguliers, alternant avec des bouffées de chaleur, et se manifestant ensuite par des lassitudes et des douleurs dans les membres, qui étaient comme brisés ; de la pesanteur de tête, de la rougeur, avec larmolement des yeux ; des éternuements fréquents, avec coryza et écoulement, par le nez, d'un liquide séreux abondant ; de l'enrouement, avec douleur à la gorge, de la toux, etc. ; le pouls était petit, serré et fréquent.

» Il y avait alors une céphalalgie très forte, un sentiment d'inquiétude et d'angoisse générales, avec une grande prostration des forces, difficulté et même impossibilité de se mouvoir ; la face offrait un caractère particulier de souffrance, elle était resserrée et grippée, comme on dit vulgairement ; des douleurs vives se faisaient ressentir aux épaules, aux reins, aux cuisses et souvent dans toutes les articulations. Le mal de gorge était violent, il y avait dysphagie avec une excrétion très incommode, par les fauces et la bouche, d'une quantité excessive de matières, tantôt séreuses, tantôt muqueuses et épaisses.

» La toux était vive et fréquente, elle avait un son particu-

lier et quelque chose de spasmodique ; elle revenait par quintes et excitait des douleurs vives dans la région épigastrique et dans les hypochondres ; d'abord sèche, elle était suivie, vers la fin de la maladie, d'une expectoration de matières muqueuses plus ou moins épaisses : les crachats n'ont été ni visqueux ni mêlés de sang.

» Les malades éprouvaient un sentiment de constriction douloureuse dans la cavité thoracique, plus sensible dans sa région sternale. La dyspnée était grande ; cependant la percussion de la poitrine donnait un son normal, et l'auscultation ne faisait découvrir aucun signe de lésion des organes qu'elle contient ; l'on ne percevait, le plus souvent, qu'un léger râle muqueux.

» Le poulx, qui au début était petit et serré, prenait du développement et de la force, mais rarement de la dureté.

» Le type de la fièvre était continu, rémittent, et ses exacerbations se faisaient le soir et duraient toute la nuit.

» Le sommeil manquait ou il était troublé par des rêves pénibles et une grande agitation.

» La peau était tantôt chaude et sèche, tantôt humide et couverte d'une sueur passagère qui disparaissait au moindre déplacement dans le lit.

» Je n'ai vu qu'une seule fois l'habitude du corps se couvrir d'un exanthème miliaire très abondant. Cette maladie exanthématique fut une complication et n'offrit rien de critique ; elle suivit ses périodes ordinaires et se termina par la chute de l'épiderme en plaques très étendues.

» La langue était ordinairement humide, molle et recouverte d'un enduit blanchâtre ou jaune, elle ne fut jamais rouge et sèche ; la bouche était pâteuse, mauvaise et parfois amère ; il y avait anorexie et dégoût pour toute espèce d'aliments ; la soif n'était pas vive.

» La constipation était le plus souvent opiniâtre.

» L'urine était rare, rouge et avait un sédiment briqueté ; parfois elle était abondante et claire, et, sur la fin, elle présentait un dépôt de matière blanche et homogène.

» La grippe se terminait le plus souvent par des sueurs copieuses et générales, et quelquefois par des selles de matières plus ou moins liées. Elle laissait toujours après elle une très grande faiblesse et un sentiment de mélancolie et d'abattement moral que l'on ne pouvait s'expliquer.

» L'inappétence allait jusqu'au dégoût pour tous les aliments ; l'amertume de la bouche et la difficulté des digestions se faisaient observer longtemps encore après la cessation de la maladie, et les organes ne se rétablissaient qu'à la longue de l'état de langueur et d'atonie dont ils avaient été frappés. »

Si l'on rapproche cette description de ce qui a été observé dans l'épidémie de 1889-90, il est difficile de nier l'identité nosologique de cette dernière avec ce que Caizergues appelle l'épidémie nervoso-catarrhale de 1837. Ce qui différencie les deux épidémies, c'est l'énorme prédominance de l'élément nerveux sur l'élément catarrhal dans celle de 1889, comme l'a montré l'observation.

Notre but n'étant pas de faire la pathologie complète de l'influenza, nous laisserons de côté les complications, pour décrire uniquement les principaux symptômes de la maladie, tels que nous avons pu les observer à Toulon, en nous aidant toutefois, vu notre peu d'expérience, des cliniques faites sur ce sujet par M. le professeur Grasset.

Quelques auteurs ont admis que la grippe était une, brusque dans son début et portant toute son action sur les appareils névro-musculaires ; ils rejettent la forme gastro-intestinale, alléguant sa rareté, et ne voient dans la forme thoracique que des complications survenant après les symptômes typiques de la grippe.

Les quelques observations que nous avons pu recueillir semblent se rapporter aux types étudiés dans les cliniques de M. le professeur Grasset; c'est pourquoi nous décrivons trois formes principales de la grippe, sur lesquelles peuvent se greffer de nombreuses variétés : 1° une forme nerveuse; 2° une forme catarrhale; 3° une forme gastro-intestinale.

1° FORME NERVEUSE

Dans cette forme, le début est habituellement brusque, quelquefois très brusque : tel est le cas d'un de nos camarades qui, au cours d'une promenade, fut obligé de prendre une voiture pour retourner chez lui, ses jambes lui refusant tout service, et un vertige brusque le forçant à s'allonger sur le bord de la route.

D'autres fois, un léger malaise, une fatigue générale, précèdent l'apparition des autres symptômes; le malade n'éprouve rien de bien précis, ou bien c'est un léger rhume auquel il ne fait aucune attention.

La maladie commence par des frissons, suivis d'une fièvre ardente. La température monte rapidement et atteint bientôt, dans quelques cas, 40° et même 41°, comme dans la fièvre intermittente ou les fièvres éruptives.

Ce qui domine ensuite, ce sont les phénomènes nerveux, qui caractérisent ce premier type de la maladie.

Une céphalalgie des plus violentes occupe le premier rang, tantôt complète, tantôt partielle, se localisant autour de l'orbite ou dans les globes oculaires, dont les mouvements donnent des sensations très pénibles; d'autres fois, elle est plus forte d'un côté que de l'autre.

En même temps, le malade éprouve un brisement général : il ressent des douleurs un peu partout. Ces douleurs siègent

dans la région lombaire et leur intensité dépasse souvent la rachialgie de la variole ; les genoux sont comme « cassés », les autres articulations sont raides et les masses musculaires endolories.

L'agitation est extrême, l'anxiété grande, l'insomnie habituelle. Les nuits surtout sont mauvaises. Quelquefois le délire apparaît, évoluant rapidement et paraissant en rapport avec le tempérament du sujet ; il ne prouve donc pas que la maladie soit plus grave et il suffit d'être prévenu pour ne pas y attacher une trop grande importance.

Du côté de l'appareil respiratoire, le type que nous décrivons ne présente pas de signes physiques à l'auscultation. Les malades se plaignent quelquefois d'un fort mal à la gorge, occasionné par une légère congestion de la muqueuse ; en même temps la toux apparaît, quinteuse, déchirante, s'accompagnant souvent d'une douleur rétro-sternale.

On constate parfois un larmoiement qui dure peu. Quant au coryza, on ne l'observe pas toujours dans la forme nerveuse : le catarrhe, au sens anatomique du mot, est rare dans cette forme.

Le tube digestif est fréquemment atteint : les malades ont des nausées, quelquefois des vomissements ; pendant plusieurs jours ils n'ont pas d'appétit. Quelquefois l'anorexie dure plus longtemps et ne cède qu'à une ou plusieurs purgations.

On observe assez souvent des épistaxis dues, soit à l'érythisme circulatoire de la première période, soit à la violence de la toux.

Des troubles urinaires peuvent exister. Boueuses et uratiques, les urines renferment quelquefois de l'albumine, comme l'ont démontré plusieurs analyses faites au laboratoire de l'hôpital Saint-Mandrier, mais en petite quantité.

Un signe qui n'a presque jamais fait défaut, c'est la congestion de la face, qui est vultueuse, d'un rouge cramoisi.

Tels sont les principaux symptômes de cette forme nerveuse. On croirait assister au début d'une très grave maladie, et pourtant, au bout de quelques jours, dès le lendemain quelquefois, la fièvre diminue et disparaît, laissant après elle une lassitude extrême.

Dans quelques cas, plus complets, la fièvre, qui avait diminué le matin, reparait le soir avec tous les phénomènes d'excitation, et l'on assiste ainsi à deux ou trois reprises vespérales, suivies de nuits très pénibles.

Les symptômes aigus disparaissent en quelques jours ; mais il est bien rare que la guérison soit immédiate. Outre une faiblesse et une fatigue extrêmes, on voit s'établir et persister la toux quinteuse dont nous avons déjà parlé. C'est là un des caractères de la forme nerveuse : la toux ne se manifeste pas dès le début, mais seulement au moment où les symptômes aigus commencent à s'atténuer. Cette toux ne disparaît que petit à petit et entre pour une bonne part dans la longueur de la convalescence.

2° FORME CATARRHALE

Cette seconde forme de la maladie diffère de la précédente par son mode de début ; elle a, de plus, des allures plus réduites.

Le début ressemble beaucoup au rhume vulgaire ; c'est d'abord un simple coryza dont on se préoccupe fort peu pendant deux ou trois jours. Les malades, d'ailleurs, n'ont pas de fièvre et ont conservé leur appétit.

Mais bientôt le tableau change. Ce ne sont plus, comme dans la forme nerveuse, des frissons qui secouent le malade ; celui-ci éprouve une sensation de froid dans le dos et le long

de la colonne vertébrale, sensation persistante qui le gêne péniblement. Nous avons entendu plusieurs fois, dans les hôpitaux de la marine, des malades dire qu'il leur semblait avoir du linge mouillé dans le dos.

Enfin la toux arrive, et d'emblée elle prend un caractère qui, sans être alarmant, force le malade à en tenir compte et à suspendre ses occupations.

Comme dans la forme précédente, cette toux est sèche, quinteuse, très pénible; elle donne lieu à de l'oppression, à une sensation de cuisson rétro-sternale très vive, parfois même à une douleur au niveau de l'hypochondre. C'est pendant ces crises que l'on a vu survenir des épistaxis.

La fièvre peut manquer, dans cette forme, durant toute l'évolution morbide; mais, ce qui ne fait jamais défaut, comme dans les autres formes d'ailleurs, c'est cette faiblesse, cette lassitude qui persiste parfois longtemps et retarde toujours la convalescence.

On le voit, d'après cette description, la caractéristique de cette seconde forme est l'élément catarrhal qui se traduit, dès le début, par du coryza et par un peu de bronchite, ce qui n'empêche pas l'élément nerveux de s'y joindre: la céphalalgie, les douleurs lombaires, la lassitude existant, en effet, comme précédemment.

D'ailleurs, si ces deux formes ont été observées distinctement, il faut bien convenir aussi que très souvent on les trouve chez le même malade. C'est de leur mélange que naissent les nombreuses variétés qui se présentent à l'observation.

3° FORME GASTRO-INTESTINALE

Sous cette dénomination, M. le professeur Grasset ne range pas les cas où l'on observe seulement des nausées ou des vo-

missemments ; il ne fait rentrer dans cette forme que les faits dans lesquels les accidents gastro-intestinaux ont été le phénomène dominant. C'est ainsi que, dans plusieurs cas, M. le professeur Grasset s'est trouvé en présence du syndrome cholérique presque parfait.

Ce qu'il y a de remarquable dans ce type, c'est que ce sont les troubles gastro-intestinaux, c'est-à-dire des phénomènes de même ordre, qui se manifestent durant la convalescence, trainante comme dans les autres formes. Dans ces cas, la langue reste pendant des semaines et des mois couverte d'un épais enduit saburral ; il y a inappétence absolue ; la rate et le foie sont gros ; les urines, rares, peuvent contenir de l'albumine ; les garde-robes sont fétides, la prostration des forces extrême.

Nous n'avons jamais rencontré cette forme dans les hôpitaux de la marine, du moins dans les salles où nous étions alors en service, et, malgré nos recherches dans les feuilles de clinique des autres salles, nous n'avons pu trouver d'observations s'y rapportant. Mais ce n'est pas une raison pour nier l'existence de cette troisième forme.

D'ailleurs, Hardy et Béhier rapportent que, pendant l'épidémie de 1830, à Paris, les troubles intestinaux étaient si accusés qu'ils semblaient former une sorte de transition avec le choléra. Et Stoll, relatant l'épidémie de Vienne, en 1775, dit qu'elle fut remarquable par la prédominance des phénomènes bilieux avec vomissements, anorexie, diarrhée, teinte ictérique des conjonctives et de la peau.

Une observation de M. le Dr Coustan, médecin-major au 122^e de ligne, schématise à merveille cette variété morbide ; chez un malade observé par lui, la maladie s'est traduite uniquement par une diarrhée intense qui, durant près d'une semaine, s'est reproduite chaque nuit, la toux et la céphalalgie faisant complètement défaut.

De cette description symptomatique il se dégage une chose : c'est l'énorme prédominance de l'élément nerveux sur l'élément catarrhal. Dans les quelques observations que nous avons pu recueillir, bien que les types que nous venons de décrire n'y soient pas complètement distincts, on voit que les symptômes dominants sont : la céphalalgie intense, la fièvre, avec température parfois très élevée, les douleurs partout, la toux, quinteuse, sonore, coqueluchoïde, tout autant de manifestations intenses d'une irritabilité excessive du système nerveux.

Observation première

(PERSONNELLE)

Hôpital Saint-Mandrier. — Service de M. Pethelaz,
médecin de première classe.

L... (Louis), trente ans, ouvrier aux constructions navales, entre le 28 décembre à l'hôpital Saint-Mandrier, salle 16.

Antécédents personnels et héréditaires nuls.

La veille au soir, le malade a éprouvé brusquement de la céphalalgie, qui augmente progressivement et devient bientôt atroce. Au dire de ses parents, qui l'ont accompagné, il a déliré toute la nuit. Les tempes et la région périorbitaire étaient douloureuses, surtout à droite. Le malade a éprouvé en même temps des douleurs lombaires ; les membres étaient brisés, « comme, nous dit le malade, s'il avait reçu des coups de bâton. » Avec la céphalalgie, le malade a éprouvé des envies de vomir.

A son arrivée à l'hôpital, le malade se trouve mieux. La céphalalgie est moins violente. Les nausées ont disparu. Ac-

tuellement, le visage est vultueux. Le malade a une toux sèche, mais ne crache pas. Le pouls est ralenti (68 puls.).

28. — T. : matin, 39°; soir, 39°3.

29. — La céphalalgie persiste, quoique légère. Le malade éprouve toujours des douleurs dans les membres, les articulations. Il a les reins brisés.

A la percussion et à l'auscultation on ne constate rien.

Le malade se plaint de la gorge.

T. : matin, 38°1; soir, 38°5.

30. — La céphalalgie est très légère. Les douleurs persistent. Toujours rien à l'auscultation ni à la percussion.

T. : matin, 38°2, soir, 37°9.

31. — La céphalalgie a disparu. Le malade a quelques palpitations de cœur, mais très légères et n'en est pas incommodé.

T. : matin, 37°8; soir, 37°5.

1^{er} janvier 1890. — Le malade ne souffre plus. Il demande à manger. La fièvre a disparu.

Le malade est mis exéat le lendemain.

Observation II

(PERSONNELLE)

Hôpital Saint-Mandrier. — Service de M. Pethelaz

Le G... (Henri), vingt-quatre ans, matelot de pont à bord du *Courbet*, entre à l'hôpital, à la contre-visite, le 20 décembre, salle 16, n° 10.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

A été pris ce matin de céphalalgie très intense avec frissons. Douleurs dans les reins et les membres, principalement aux articulations.

Température à l'arrivée : 40°.

21. — Le malade présente ce matin du larmolement et du coryza. Face vultueuse. Toux sèche, quinteuse, gênant la respiration du malade.

T. : matin, 39°9; soir, 40°.

22. — La face est toujours vultueuse. La céphalalgie et le larmolement persistent. Le malade a transpiré beaucoup cette nuit. Rien à l'auscultation.

T. : matin, 39°; soir, 39°2.

23. — Le malade tousse moins. Les douleurs sont très légères. Encore un peu de céphalalgie.

T. : matin, 38°; soir, 38°5.

24. — Le malade se sent mieux. Le larmolement a disparu. Encore une légère toux. Rien à l'auscultation ni à la percussion.

T. : matin, 37°; soir, 37°1.

Le malade est mis exéat deux jours après.

Observation III

(PERSONNELLE)

Hôpital Saint-Mandrier. — Service de M. Pethelaz

B... (Jean-Pierre), vingt ans, soldat à la 5^e compagnie d'ouvriers d'artillerie de marine, entre à l'hôpital le 5 janvier 1890, salle 16, lit 9.

Pas d'antécédents héréditaires.

A eu une pneumonie à gauche au mois de février 1889.

Le malade éprouvait depuis deux ou trois jours une lassitude générale. Anorexie. État courbatural et céphalalgie assez intense.

Depuis hier, douleurs vives dans la région lombaire et dans

les membres. Face vultueuse. A eu des nausées, mais n'a pas vomé.

T. : matin, 38°5 ; soir, 38°7.

6 janvier. — Même état. Le malade se plaint d'un point de côté à gauche.

Palpation. — Diminution des vibrations thoraciques.

Percussion. — Matité assez faible à droite en avant ; plus marquée en arrière, du même côté.

Auscultation. — Affaiblissement du murmure vésiculaire en avant. En arrière, obscurité complète à droite. Respiration légèrement soufflante à gauche.

Pas de toux. Expectoration insignifiante.

T. : matin, 37°3 ; soir, 37°5.

7. — Le malade n'a pas dormi la nuit précédente. Le point de côté persiste.

T. : matin, 37° ; soir, 37°4.

8. — Les signes stéthoscopiques précédemment indiqués sont moins nets.

T. : matin, 37° ; soir, 37°3.

10. — Le malade va mieux. Le souffle a disparu, ainsi que le point de côté. Toux sèche sans expectoration.

T. : matin, 37° ; soir, 37°.

L'amélioration continue les jours suivants et le malade sort sur sa demande le 12 janvier.

Observation IV

Hôpital Saint-Mandrier (Salle n° 1)

Em... (Jacques), vingt-deux ans, né à Carbouchi (Corse), soldat au 4^e régiment d'infanterie de marine.

Ce soldat entre à l'hôpital le 23 décembre. Il est malade

depuis deux jours. A ressenti des douleurs dans la région lombaire et une grande lassitude dans les membres.

Actuellement, se plaint de céphalalgie, de douleurs au creux épigastrique et dans la région lombaire.

Langue légèrement saburrale. Selles régulières. Anorexie. Toux peu fréquente. Expectoration peu abondante, muqueuse. Un peu de dyspnée. A l'auscultation, quelques gros râles muqueux. Pas de fièvre.

T.: matin, 36°5 ; soir, 37°3.

Régime : Bouillon. Lait.

Prescription : Tisane pectorale.

Potion : Teinture d'aconit. . . .	X gouttes.
Sirop d'opium.	30 grammes.
Eau.	120 —

24. — État saburral plus accusé. Constipation. Pas de fièvre.

On continue la potion à la teinture d'aconit et l'on donne 1 gr. 20 d'ipéca.

25. — État stationnaire. Même prescription, moins l'ipéca.

T.: matin, 36°7 ; soir, 37°3.

26. — Toux toujours peu fréquente. Expectoration peu abondante.

T.: matin, 37°; soir, 38°2.

27. — Céphalalgie plus intense. Le malade a eu hier soir un léger accès de fièvre. Ce matin, l'élévation de la température persiste. Langue toujours saburrale.

T.: matin, 38°; soir, 38°1.

Régime : Bouillon. Lait.

Prescription : Tisane pectorale.

Potion : Teinture d'aconit. . . .	X gouttes.
Sirop d'opium.	30 grammes.
Eau.	120 —

Antipyrine, 1 gramme en deux paquets.

Eau de Sedlitz, un verre.

28. — Céphalalgie intense localisée à gauche. Plus de fièvre.

On continue l'antipyrine.

29. — Les symptômes du côté de l'appareil respiratoire ont disparu. La céphalalgie persiste.

A partir du 30, le malade est soigné pour otite gauche, suite de l'influenza.

16 janvier. — Le malade se plaint d'une légère diarrhée pour laquelle on prescrit une potion avec :

Sous-nitrate de bismuth . . . 2 grammes.

Laudanum XX gouttes.

Eau gommée 120 grammes.

Cet homme sort de l'hôpital le 19 janvier, guéri de la grippe et de l'otite.

Observation V

Hôpital principal (Salle n° 2)

V... (Louis), vingt-deux ans, soldat au 4^e régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 4 janvier avec une température de 40°, le soir à quatre heures.

A commencé à ressentir de la fatigue dès le 28 décembre. Le 29, il entre à l'infirmerie du régiment ; céphalalgie sus-orbitaire, picotements dans les deux yeux ; douleurs dans la gorge rendant la déglutition très difficile. Coryza intense, violentes douleurs dans les oreilles.

Depuis ce moment, il n'entend qu'avec peine.

Depuis trois jours, il éprouve en avant et à droite du thorax une douleur s'exaspérant par les efforts occasionnés par la

toux. Sensation de cuisson en arrière du sternum avec légère oppression.

Actuellement, le malade crache beaucoup; toux fréquente. Le coryza a diminué. Le malade ressent toujours de vives douleurs dans les oreilles. Surdité persistante.

Palpation.—Vibrations thoraciques légèrement diminuées à droite.

Percussion. — Submatit  peu prononcée en avant et au-dessous de la clavicule droite.

Auscultation. — Quelques râles sibilants en avant, à droite.

Régime: Potage, Demie de vin.

Prescription: Lait. Sulfate de quinine, 0 gr. 80.

5 janvier. — La céphalalgie persiste, ainsi que les douleurs d'oreilles. La douleur thoracique du côté droit a disparu.

Fréquents accès de toux.

Pouls à 100 pulsations, plein et régulier.

T.: matin, 40 2; soir, 39 3.

Régime: Café le matin. Bouillon. Lait. Demie de vin.

Prescription: Limonade citrique. Antipyrine, 1 gr. 50 (en trois cachets, à deux heures d'intervalle).

Potion pour la nuit:

�lixir parégorique.	6 grammes.
Eau de laurier-cerise	5 —
Sirop de fleurs d'oranger.	30 —
Infusion de tilleul	100 —

6. — La céphalalgie a disparu, mais les douleurs d'oreilles persistent. Le malade a pu dormir pendant deux heures la nuit dernière. La toux est toujours aussi fréquente. Expectoration peu abondante.

Pouls régulier à 80.

T.: matin, 38°6; soir, 37°5.

Régime: Café le matin. Bouillon. Lait. Demie de vin.

Prescription: Sulfate de quinine, 0 gr. 80. Potion à l'élixir parégorique pour la nuit.

7. — Même prescription.

T.: matin, 37°8; soir, 38°5.

9. — Amendement des symptômes généraux. L'écoulement persiste.

T.: matin, 36°3; soir, 37°1.

Régime: Café noir. Quart d'aliments. Demie de vin.

Prescription: Deux litres de lait. Potion à l'élixir parégorique. Injections boricuées chaudes dans les oreilles.

12. — État général bon. Rien à l'auscultation. Plus de fièvre. Légères douleurs dans la gorge.

On prescrit un gargarisme avec chlorate de potasse, 4 gr.

Le malade, présentant une perforation de la membrane du tympan, est évacué sur la salle 5 (service chirurgical).

Observation VI

(RÉSUMÉE)

Hôpital principal (Salle 5)

Delag... (Ferdinand), vingt-six ans, ouvrier à la direction d'artillerie, entre le 4 janvier à l'hôpital, pour influenza.

C'est un homme d'une forte constitution. Pas d'antécédents héréditaires. A été atteint de la fièvre intermittente pendant un séjour de quarante-huit mois au Sénégal, dans le Haut-Fleuve.

Le malade a eu des vomissements, de la céphalalgie, du mal à la gorge, du coryza. Douleurs dans les genoux et les muscles de la jambe.

Actuellement, céphalalgie persistante. Coryza. Toux fré-

quente et douloureuse Expectoration abondante de crachats spumeux. Diaphorèse abondante. Inappétence.

Auscultation.— Rien de bien net. La respiration est légèrement saccadée et soufflante en arrière.

T. : matin, 36°8 ; soir, 37°2.

Régime : Bouillon. Quart d'aliments. Demie de vin.

Prescription : Tisane pectorale. Antipyrine, 1 gramme.

Potion pour la nuit :

Élixir parégorique	4 grammes:
Eau de laurier-cerise	4 —
Sirop de tolu.	30 —
Eau.	120 —

Le malade reste en traitement jusqu'au 12 février, tracassé par une toux sèche et quinteuse et ressentant une lassitude générale. A cette époque, les symptômes de l'appareil respiratoire ayant complètement disparu, et une otite se déclarant, le malade est évacué sur la salle 5 (service chirurgical).

CHAPITRE III

L'ÉPIDÉMIE ACTUELLE 1891-1892

L'épidémie qui, en ce moment, fait de nombreux ravages en France et en Italie, nous est venue, comme la précédente, du Nord Est. Cependant la Russie semble, cette fois, ne pas être en cause comme dans l'épidémie de 1889-90. La maladie, au dire des journaux politiques, aurait débuté en Allemagne, faisant des progrès rapides vers l'Ouest et le Midi. En effet, quelques jours après son apparition à Berlin, on signalait des cas en Italie et dans le Nord de la France, où les départements du Nord et du Pas-de-Calais paient, encore en ce moment, un large tribut à la maladie.

A Montpellier, les premiers cas sont observés vers le milieu du mois de décembre, comme le prouvent les deux observations qui nous ont été fournies par M. le docteur Nozeran.

Nous-même, pendant les vacances de la Noël, nous avons pu assister au début de l'épidémie à Toulon. Le 26 décembre, il n'y avait que quelques cas à l'hôpital Saint-Mandrier, à la salle 14. Trois jours après, les entrées pour grippe étaient de sept à huit par jour, et, vers le 4 janvier, tous les services renfermaient un plus ou moins grand nombre de cas de grippe, immédiatement évacués sur des salles spéciales.

En ville, l'influenza s'étendait aussi rapidement, et, en quelques jours, un grand nombre de personnes étaient atteintes.

Nous n'essaierons pas de faire un tableau complet de cette nouvelle épidémie, qui ressemble d'ailleurs beaucoup à celle de 1889-90. Nous nous bornerons à quelques réflexions sur ce que nous avons pu observer et sur ce que M. le docteur Nozeran a observé à Montpellier, car actuellement la maladie sévit encore partout.

L'épidémie, cette fois, semble avoir débuté un peu plus tard, au moins d'une façon générale, car, à Toulon en particulier, elle a fait son apparition à la même époque qu'il y a deux ans, c'est-à-dire du 20 au 25 décembre.

Parmi les nombreux malades que nous avons examinés, la plupart présentaient des phénomènes nerveux très marqués : céphalalgie violente, douleurs lombaires très vives, lassitude générale, douleurs dans les articulations. La fièvre était intense dans la plupart des cas, et, parmi les premiers malades entrés à la salle 14 (hôpital Saint-Mandrier), plusieurs ont eu du délire le premier jour.

La toux était sèche, quinteuse, très pénible, et dans beaucoup de cas elle ne s'est pas établie dès le début ; elle a coïncidé avec l'abaissement de la température et la rémission des symptômes aigus.

Tous les malades avaient la face congestionnée, vultueuse ; mais, au début surtout, très peu ont présenté du larmolement et du coryza. Ces signes, qui se rapportent plus spécialement à la seconde forme décrite par M. le professeur Grasset, se sont surtout présentés chez les malades entrés à l'hôpital vers le 4 et le 5 janvier, indépendamment des symptômes nerveux qui dominaient la scène.

Quant à la forme gastro-intestinale, bien que mis en éveil par ce que nous avons lu à ce sujet, nous n'avons pas trouvé

de malades dont l'observation pût s'y rattacher. Les seuls symptômes rencontrés du côté du tube digestif sont des nausées, des vomissements, une langue saburrale et de la constipation dans beaucoup de cas. D'ailleurs, beaucoup de malades allaient à la selle assez régulièrement.

Tels sont les signes communs aux deux épidémies. Nous regrettons que, pressé de finir nos études médicales, le temps nous ait manqué pour recueillir les observations que nous avions sous les yeux, car plusieurs étaient intéressantes et méritaient d'être examinées en détail. Nous nous contenterons de signaler ce qui nous a frappé le plus.

Ce sont, d'abord, les éruptions. Pendant l'épidémie de 1889-90, on avait signalé à diverses reprises des éruptions analogues au rash variolique. C'est ainsi que Sevestre, décrivant la forme nerveuse, ajoute que les éruptions cutanées lui ont paru fréquentes : chez un tiers de malades, il a constaté des plaques scarlatiniformes ou rubéoliformes, sur la face et le tronc. Bucquoy affirme avoir vu nombre d'éruptions analogues au rash variolique.

M. le professeur Grasset, de son côté, dit n'en avoir observé que deux cas : il s'est agi, dans l'un, d'un érythème scarlatiniforme de durée éphémère ; dans l'autre, d'un prurit, avec rougeur consécutive, localisé à une seule cuisse.

Cette année, la plupart des malades traités à la salle 14 (hôpital Saint-Mandrier) ont présenté des éruptions, surtout à la face antérieure du thorax et dans le dos ; notre attention a été attirée sur ce point par M. le docteur Ourse, médecin de 1^{re} classe de la marine, chargé du service des salles 13 et 14.

M. le docteur Nozeran nous a communiqué, de son côté, l'observation d'une dame qui a présenté une éruption scarlatiniforme très marquée, dont la durée a été de trois jours environ (Observation VIII). Pendant ces trois jours, la fièvre a été très intense, et le thermomètre marquait 40°.

Chez les malades de l'hôpital Saint-Mandrier, l'éruption a coïncidé également avec une température élevée, mais ayant rarement dépassé 39°5. En général, le troisième jour l'éruption avait pâli ou complètement disparu, suivant les cas, laissant après elle une légère desquamation, sous forme de fines pellicules.

En dehors des phénomènes nerveux qui ont été la note dominante, l'épidémie de cette année semble être caractérisée par une plus grande variété de formes, résultant du mélange de la forme nerveuse et de la forme catarrhale. C'est ainsi que beaucoup de malades n'ont pas présenté le tableau complet de la grippe et le symptôme dominant n'était pas le même chez tous. Les premiers malades observés présentaient du délire, ou tout au moins de l'agitation, malgré une fièvre légère ; quelques jours après le début de l'épidémie, au contraire, nous avons vu des malades qui restaient calmes, malgré une température de 39°, 39°5 et même 40°. Les uns n'avaient que de la céphalalgie, quelquefois partielle et limitée à un seul côté. Les autres n'avaient pas de douleurs lombaires ; d'autres enfin ne ressentaient qu'une fatigue générale.

Nous devons à l'obligeance de M. le docteur Nozeran l'observation d'une dame chez qui la grippe s'est manifestée dès le second jour par un état de somnolence dont il était difficile de la tirer, et contre lequel il a fallu employer des révulsifs (sinapismes et vésicatoires volants aux mollets). Cet état de somnolence, voisin de l'état comateux, a coïncidé avec une température très élevée, qui n'est pas descendue au-dessous de 39°5 pendant les premiers jours.

Enfin, une autre variété, ou mieux une autre localisation des douleurs, c'est celle qu'a présentée un de nos amis, étudiant en pharmacie, qui a bien voulu nous donner son observation. Chez lui, la lassitude a été extrême, comme chez la plupart des personnes atteintes de grippe ; mais, ce qui l'a

frappé, c'est une douleur localisée à la nuque, douleur rappelant le torticolis, et qui n'a disparu qu'après les douleurs lombaires et les douleurs des genoux. Il paraît que, dans la localité où se trouvait alors M. J..., plusieurs personnes ont ressenti cette douleur à la nuque et cette gêne dans les mouvements de la tête, signe que, jusqu'ici, nous n'avions entendu accuser par aucun malade.

Observation VII

(Communiquée par M. le docteur Nozeran)

M^{me} R..., âgée de trente ans, demeurant à Montpellier, est atteinte, le 20 décembre, d'influenza.

Elle ressent des douleurs dans la région lombaire et une grande lassitude dans les jambes. La face est vultueuse. Céphalalgie très intense. Larmoiement. Picotements dans les narines; éternuements, coryza.

La malade tousse peu; pas d'expectoration.

Nausées et quelques vomissements.

T. : matin, 40°; soir, 39°8.

Régime : Bouillon. Lait.

Prescription : Antipyrine, 2 grammes.

Potion : Teinture d'aconit XII gouttes.

Sirop de fleurs d'oranger . . . 30 grammes.

Eau de tilleul 120 —

21. — La malade présente sur tout le corps, sauf la face, une éruption scarlatiniforme très apparente. Cette éruption se présente sous l'aspect de petites plaques plus ou moins écarlates, ayant à peu près toutes la même grandeur, plus nombreuses sur le tronc et la partie antérieure du thorax.

Toux sèche et quinteuse qui a empêché la malade de dormir.

Rien à la percussion ni à l'auscultation.

T. : matin, 40°; soir, 40°.

Prescription : On continue l'antipyrine à la dose de 2 grammes et la potion à la teinture d'aconit.

22. — L'éruption persiste. En grattant les plaques avec l'ongle, on obtient une légère desquamation.

La malade a toujours de la céphalalgie. Les douleurs dans les jambes persistent, ainsi que le coryza.

T. : matin, 40°; soir, 39°2.

Prescription : Sulfate de quinine 0 gr. 80.

Potion à la teinture d'aconit.

23. — L'éruption est moins apparente. Les plaques se desquamement facilement par le frottement.

La céphalalgie est moins forte, mais la malade tousse beaucoup, par quintes. Les douleurs des jambes ont disparu. Le coryza est moins intense.

T. : matin, 38°7; soir, 38°.

Prescription : Boissons émollientes. Potion au tolu.

Sulfate de quinine, 0 gr. 80.

24. — L'éruption a disparu presque complètement. A la place occupée par les plaques, on constate de petites pelli-cules qui se détachent facilement.

La malade est beaucoup mieux. Plus de coryza. La céphalalgie est très légère. La toux est toujours sèche et quinteuse.

T. : matin, 37°9; soir, 37°2.

Prescription : Boissons émollientes. Potion avec tolu et kermès, 0 gr. 20.

Sulfate de quinine, 0 gr. 80.

Régime : Bouillon et lait.

25. — Les plaques scarlatiniformes ont complètement disparu. Plus de fièvre. La malade se lève un peu dans la journée et fait un léger repas.

On continue le sulfate de quinine et la potion avec tolu et kermès.

A partir de ce jour, la malade entre en convalescence. Le 10 janvier, elle n'était pas encore complètement remise. La malade conservait toujours une petite toux sèche et n'avait pas beaucoup de forces.

Pendant ce temps, administration de sulfate de soude. Usage des toniques.

Faisons remarquer, à propos de cette observation, que la malade n'a pas présenté l'angine caractéristique de la scarlatine : les amygdales n'étaient pas enflées et la malade avalait facilement. La desquamation par pellicules diffère également de celle de la scarlatine qui se fait par larges plaques. La malade n'a pas eu, non plus, du délire, comme dans la forme nerveuse de la scarlatine. En plus de ces symptômes, la marche elle-même de la maladie éloignait l'idée de scarlatine vraie.

Observation VIII

(Communiquée par M. le docteur Nozeran)

M^{me} X..., habitant Montpellier, âgée de quarante ans, est tombée malade le 15 décembre 1890.

A eu tous les symptômes de l'influenza : Malaise général ressenti depuis quelques jours ; puis, le 15 décembre, douleurs lombaires très vives, douleurs dans les membres, surtout aux articulations. Céphalalgie intense avec larmoiement et coryza. Visage empourpré. Nausées et vomissements. Toux sèche et quinteuse.

Rien à la percussion ni à l'auscultation.

La malade est assoupie.

T. : matin, 40°; soir, 40°.

Régime : Bouillon. Lait.

Prescription : Antipyrine, 2 grammes, à prendre en trois fois.

Potion : Teinture d'aconit XII gouttes.

Sirop de fleurs d'oranger . . . 30 grammes.

Eau de tilleul 120 —

à prendre par cuillerées.

16. — L'assoupissement n'a fait qu'augmenter. A l'arrivée du médecin, la malade est plongée dans un état de somnolence voisin de l'état comateux.

T. : matin, 40°; soir, 39°5.

Prescription : Sulfate de quinine, 0 gr. 80. Sulfate de soude, 30 grammes.

Révulsifs : Sinapismes : Vésicatoires volants aux mollets pendant la journée.

17. — Même état que la veille : la malade est toujours dans un état de somnolence très marquée, dont on ne la tire qu'avec peine. Pas d'agitation ni de délire pendant la nuit précédente.

T. : matin, 40°; soir, 39°1.

Prescription : On continue le sulfate de quinine, 0 gr. 80.

Nouvelle application de sinapismes pendant la journée.

Potion à la teinture d'aconit.

18. — La malade va mieux. Depuis hier soir elle est sortie de sa somnolence. Elle ressent encore de la céphalalgie et éprouve une grande lassitude. Plus de larmoiement. Le coryza persiste.

T. : matin, 38°; soir, 37°5.

Prescription : Sulfate de quinine, 0 gr. 80.

Potion à la teinture d'aconit.

19. — La malade va beaucoup mieux. Elle a pu reposer un peu cette nuit.

La malade reste alitée quelques jours avec une fièvre très légère. Le sulfate de quinine a été donné jusqu'au 22 décembre, époque à laquelle la fièvre a disparu.

L'appétit n'est revenu que petit à petit, malgré de légers purgatifs salins et l'usage des toniques, du quinquina en particulier.

La malade ressent toujours de la fatigue. Elle n'a pas de forces; elle est indifférente à tout.

Au moment où l'observation nous est communiquée, c'est-à-dire vers le 12 janvier, la malade n'est pas complètement rétablie de son atteinte de grippe.

D'après ce que nous a dit M. le Dr Nozeran, on aurait pu croire tout d'abord à une congestion cérébrale. Cependant la face, bien que vultueuse, ne présentait pas la coloration propre à la congestion cérébrale. On ne constatait pas de battements anormaux dans les artères carotides; la malade n'avait pas de bourdonnements d'oreilles, rien, en un mot, qui indiquât la congestion cérébrale.

Observation IX

M. J... (Félix), étudiant en pharmacie, a été atteint de grippe à la Garde-Freinet, département du Var, où il était allé passer les vacances de la Noël.

Il a d'abord ressenti une fatigue générale, comme après une longue course. Le lendemain, douleurs lombaires et à la nuque; le malade éprouvait de la douleur toutes les fois qu'il voulait remuer la tête, surtout latéralement, comme s'il avait le torticolis. Fièvre légère le soir (la température n'a pas été prise). Céphalalgie assez intense.

M. J... prend 2 grammes d'antipyrine dans la soirée.

Le lendemain, les douleurs lombaires ont disparu, mais celles de la nuque persistent. Point douloureux, surtout du côté gauche du thorax, à la base, dû probablement à la toux. Les articulations des genoux et des coudes sont raides. La céphalalgie persiste.

Le malade a de la fièvre; il est légèrement essoufflé. Il prend encore 2 grammes d'antipyrine dans la soirée.

Tisanes chaudes dans la journée.

M. J... est resté malade pendant six jours, et les douleurs de la nuque n'ont disparu qu'après celles de la région lombaire et des membres.

Telles sont les quelques réflexions que nous a suggérées l'épidémie actuelle. Nous nous proposons de passer immédiatement au traitement; mais le bruit que les journaux politiques font au sujet de certaine découverte nous a engagé à dire quelques mots de la bactériologie de la grippe.

CHAPITRE IV

BACTÉRIOLOGIE DE LA GRIPPE

La question de la bactériologie de la grippe est encore à l'étude et manque d'une solution précise et définitive.

M. le professeur Grasset, exposant dans ses cliniques l'état de la question, cite le résultat des recherches entreprises à l'hôpital Suburbain par son chef de clinique, M. le docteur Rauzier, qui a examiné les crachats d'un certain nombre de malades :

« Dans des cas de pneumonie vraie, à l'allure classique, M. le docteur Rauzier signale, uniformément répartis dans toutes les préparations, de très nombreux diplocoques, présentant un calibre variable ; un seul champ microscopique en renferme des centaines. On constate également l'existence de quelques amas de microcoques très volumineux.

» Au contraire, dans divers cas de grippe à localisation thoracique directe (bronchite, broncho-pneumonie, fluxion de poitrine), les recherches bactériologiques de M. Rauzier aboutissent à la constatation suivante : Il existe certainement quelques diplocoques disséminés mais ils sont incomparablement moins nombreux que dans la vraie pneumonie ; bien souvent, on n'en retrouve pas un seul dans tout un champ de microscope. Mais on note, dans toutes les préparations, certains foyers très limités, certains nids à barrières très nettes, dans

esquels on observe de fort nombreux groupements diplococciques. On constate également des streptocoques sous forme de colonies ou de chaînettes. »

« De ces recherches, forcément limitées, dit M. Grasset, On peut tirer la double conclusion suivante : 1° la grippe et l'affection pneumococcique sont deux maladies distinctes; 2° il n'existe pas un microbe spécifique de la grippe, ou du moins on ne peut, à l'heure actuelle, décrire un agent figuré qui, par sa forme, son groupement, son mode de coloration, soit spécial à la maladie. »

Les travaux de l'École française sur cette question sembleraient confirmer cette double conclusion.

A l'étranger, on a tenté, sans grand succès, la description d'un microorganisme spécial. Quant à l'École française, elle est restée très réservée.

Le 24 janvier 1890, une série de communications ont été faites à la Société médicale des hôpitaux, sur la bactériologie de la grippe. Laveran a constaté la présence de nombreux streptocoques dans les crachats. Vidal et Chantemesse ont pratiqué l'examen du sang et n'ont trouvé aucun microorganisme spécial. Vaillard et Vincent donnent le résultat d'une série d'expériences : ils insistent sur la présence d'un streptocoque, toujours identique à lui-même, qu'ils ont retrouvé dans le sang, la rate, les poumons, les divers exsudats, et qui leur paraît identique à celui de l'érysipèle.

G. Sée et Bordas ont affirmé avoir retrouvé le pneumocoque dans des cas de pneumonie vraie survenue au cours de la grippe.

M. le professeur Carrieu a aussi trouvé quelques pneumocoques dans des cas de pneumonie d'origine grippale.

Bouchard, dans une très remarquable communication à l'Académie de médecine, dit qu'il n'a pu découvrir un microbe pathogène particulier à la grippe. Tout ce qu'il a trouvé

dans les crachats, ce sont trois micro organismes déjà connus : le staphylococcus pyogenes aureus, le pneumocoque et un streptocoque identique à celui qui produit l'érysipèle, la fièvre puerpérale et l'infection purulente.

Après avoir examiné toutes les recherches que nous venons de citer brièvement, on ne pouvait reconnaître qu'une chose : c'est que le microbe pathogène de la grippe n'était pas encore découvert.

La question en était là, lorsque, le 10 janvier 1892, les journaux politiques ont annoncé que deux Allemands, Pfeiffer, chef de la section scientifique de l'Institut pour l'étude des maladies infectieuses, et Canon, assistant de M. P. Guttman à l'hôpital Moabit, avaient trouvé, chacun de leur côté, le bacille de la grippe. Quelques jours après, on apprenait que la communication de la découverte avait été faite à la Société des médecins de la Charité de Berlin.

Pfeiffer, gendre du docteur Koch, raconte que, lorsque les premiers cas de grippe se sont montrés à Berlin, alors que l'épidémie n'était pas encore déclarée, il avait été chargé par son beau-père de faire des recherches sur le bacille de cette maladie. Il a commencé par examiner les crachats des personnes atteintes et a trouvé qu'ils étaient souvent purulents. Pfeiffer les a purifiés au moyen de la méthode du docteur Koch et a pu ainsi découvrir le bacille.

C'est, paraît-il, un bacille immobile. On le trouve dans différentes positions, isolé ou formant une chaînette; les groupes formés par la réunion de ces bacilles n'ont pas cette tendance à graviter les uns vers les autres qu'on a observée chez d'autres bacilles.

D'après Pfeiffer, c'est un très petit microbe, le plus petit que l'on connaisse : sa longueur ne serait pas la moitié de celle du bacille de la septicémie des souris. A ses extrémités, il se colore (par le bleu de méthylène à chaud) souvent plus qu'au

centre, de sorte qu'il simule alors l'aspect d'un diplocoque. Ce bacille se laisse très bien cultiver sur l'agar-glycérine; ses cultures ont la forme de gouttelettes claires très petites.

Comme Pfeiffer a constaté la présence de ce bacille dans les trente-quatre cas d'influenza qu'il a examinés, et comme, d'autre part, il n'a pu le retrouver chez les malades atteints d'autres affections que la grippe, il en conclut qu'il s'agit là véritablement du microbe spécifique de l'influenza.

Les expériences d'inoculation entreprises par Pfeiffer avec le microbe qu'il a découvert ne sont pas encore terminées. Il paraîtrait cependant que, si beaucoup d'animaux se montrent réfractaires à ces inoculations, on obtient des résultats positifs chez quelques-uns d'entre eux, comme par exemple chez le singe et le lapin.

D'après Pfeiffer, l'influenza se contracterait surtout par l'inhalation de son virus. Pour cette raison, il croit qu'il faut attacher un grand soin à la désinfection des crachats des malades atteints de la grippe.

Quant à M. Canon, il a pu constater chez dix-sept malades sur vingt, atteints d'influenza, la présence dans le sang d'un bacille extrêmement court et qui, lorsqu'il est faiblement coloré, peut être pris pour un diplocoque. Ce microbe ne se retrouverait que pendant la période fébrile de la maladie. Il disparaît du sang lorsque la fièvre cesse.

Jusqu'à présent, M. Canon n'a pas réussi à obtenir des cultures pures de ce bacille qu'il considère, lui aussi, comme le microbe spécifique de l'influenza.

Il serait à désirer, dans l'intérêt de la science, que ces découvertes de savants d'outre-Rhin aient une autre destinée que la découverte de la fameuse lymphe du docteur Koch, dont M. le docteur Pfeiffer est le gendre. Des recherches faites rapidement et publiées trop tôt ne mènent souvent qu'à une pénible désillusion.

CHAPITRE V

TRAITEMENT DE LA GRIPPE

De toutes les affections, la grippe est une de celles où l'analyse clinique est le plus utile et où la médecine des indications rend les plus continuels services. La grippe n'a pas de traitement spécifique et beaucoup de médecins admettent que la grippe proprement dite, non compliquée, peut guérir seule, qu'elle guérit même seule la plupart du temps. Ce serait un tort, cependant, de conclure que la médecine est impuissante, et que l'on ne doit pas intervenir.

Nous diviserons ce chapitre en deux paragraphes : 1^o traitement de la maladie ; 2^o traitement de la convalescence.

1^o TRAITEMENT DE LA MALADIE

Le médicament le plus fréquemment employé au cours de l'épidémie de 1889 est, sans contredit, l'antipyrine. Elle est indiquée dans la forme nerveuse, aussi bien comme antipyrétique que comme antinévralgique. Elle fait tomber la température, surtout dans les cas qui ont un peu trainé, et calme toutes les douleurs, principalement la céphalalgie, qui est le symptôme le plus pénible.

Dans les hôpitaux de la marine, on la donne à la dose de

1 à 2 grammes, à prendre en cachets de 50 centigrammes ou en potion.

Pour combattre la fièvre, on fera usage plus spécialement du sulfate de quinine à la dose de 80 centigrammes; le sulfate de quinine calme également les douleurs.

A propos de ces deux médicaments, M. le D^r Nozeran nous faisait remarquer que l'antipyrine ne lui avait pas donné, dans l'épidémie actuelle, les mêmes résultats qu'en 1889. Chez la plupart des malades qu'il a soignés depuis le commencement de l'épidémie actuelle, le sulfate de quinine a mieux réussi que l'antipyrine.

Nous étions en peine d'expliquer une pareille différence d'action de l'antipyrine chez des personnes atteintes de la même maladie, à moins d'incriminer le tempérament. M. le professeur Carrieu nous en a donné une raison, appuyée sur ses propres expériences: c'est la falsification du produit, devant laquelle certains fabricants peu scrupuleux n'ont pas reculé, au moment où l'antipyrine était consommée en telle abondance que les pharmaciens en manquaient.

Pour combattre la douleur, nous avons vu donner, dans presque tous les cas, la teinture d'aconit à la dose de XII à XV gouttes. L'aconit agit à la fois comme sédatif du système nerveux et comme modificateur de la muqueuse bronchique.

M. le professeur Grasset associe l'antipyrine à la teinture d'aconit et donne la potion suivante :

Antipyrine	2 grammes.
Teinture d'aconit	XII à XV gouttes.
Eau de tilleul	90 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . .	30 —

une cuillerée toutes les deux heures; une tasse de lait dans les intervalles.

Cette potion est très bien supportée et calme les nausées.

Un vomitif est quelquefois indiqué au début de la maladie, surtout chez les enfants; mais, dans la majorité des cas, on peut s'en passer.

Nous ne saurions passer sous silence la médication de Charcot, qui fait usage de la phénacétine.

La phénacétine est un dérivé acétylé de la phénétidine, c'est-à-dire de l'éther éthylique du paramidophénol. Obtenue sous forme de poudre légèrement rougeâtre, sans odeur ni saveur, elle est peu soluble dans l'eau, très soluble dans l'alcool à chaud.

L'abaissement de la température qu'elle produit est plus durable que celui obtenu par l'antipyrine; elle ne donne, de plus, ni frissons, ni vomissements, ni nausées.

Dujardin-Baumetz insiste sur ses propriétés fébrifuges, analgésiques, antithermiques et polyuriques.

Plus toxique que l'antipyrine, son emploi doit être surveillé. On la donne à la dose moyenne de 50 centigrammes, en cachets.

M. le professeur Carrieu, qui l'emploie dans son service, en a obtenu de bons résultats.

Il faut ensuite calmer la toux, qui est parfois très pénible. Les principaux moyens employés sont: l'application du coton iodé sur la poitrine, les badigeonnages à la teinture d'iode, le lait d'ânesse, lorsqu'on peut s'en procurer, et les balsamiques.

La potion en usage dans les hôpitaux de la marine est la suivante :

Sirop de tolu	50 grammes.
Eau de laurier-cerise.	5 —
Eau sucrée	100 —

M. le professeur Grasset recommande également le sirop de tolu composé, dont voici la formule :

Sirop de tolu	300 grammes.
Eau de laurier-cerise.	100 —
Teinture d'aconit	C gouttes.

quatre ou cinq cuillerées à dessert dans les vingt-quatre heures.

A côté de ces moyens, on peut donner quelques expectorants :

Un julep avec 20 centigrammes de kermès.

Ou bien :

1 gramme d'oxyde blanc d'antimoine dans un looch, ou bien encore une légère infusion d'ipéca.

Il arrive fréquemment que les malades ne peuvent reposer pendant la nuit ; on donnera alors une potion antispasmodique ; la suivante, par exemple :

Élixir parégorique	5 grammes.
Eau de laurier-cerise	5 —
Eau de fleurs d'oranger	30 —
Infusion de tilleul.	120 —

Telle est la thérapeutique qui s'applique aux deux premiers types de grippe. Que faudra-t-il employer maintenant dans la forme intestinale ?

La première indication, avant d'employer les astringents, est de modifier la surface de l'intestin ; dans ce but, on administrera un léger purgatif salin.

Viennent ensuite les astringents. Bouchard obtient d'excellents résultats avec le salol et le naphtol à la dose de 2 à 5 grammes par jour. La dose moyenne est de 2 gr. 50 par jour en cinq cachets.

M. Grasset recommande le mélange de naphtol et de salicylate de bismuth ; quatre à huit cachets renfermant chacun 0 gr. 25 des deux médicaments.

Enfin, si la diarrhée est intense et dure trop longtemps, il

ne faut pas hésiter à prescrire le régime lacté jusqu'à amélioration.

Citons enfin, à titre de renseignement, l'emploi de la créosote à haute dose, qui, d'après le docteur Iselin (de Glaris, Suisse), exercerait dans la grippe épidémique une action curative remarquable et rapide. Il administre ce médicament en pilules de 0 gr. 05, dont on prend de 20 à 50 par jour.

2° TRAITEMENT DE LA CONVALESCENCE

La grippe entraîne pendant son cours et même à sa suite un état remarquable de dépression physique, intellectuelle et morale.

Cette neurasthénie post-grippale aiguë, généralisée, peut se localiser sur certains organes, en particulier sur l'estomac (anorexie, vomissements), sur l'appareil circulatoire (faiblesse des contractions ventriculaires, lenteur ou rapidité du pouls, embryocardie).

L'asthénie post-grippale peut aussi se localiser sur l'appareil musculaire des bronches, et aboutir rapidement aux accidents mortels, décrits autrefois par Graves.

Enfin, en plus des asthénies cardiaques, pulmonaires, gastriques, cérébrales, il faut encore citer l'asthénie médullaire qui peut se localiser sur le centre génito-spinal et donner lieu à une asthénie génitale très accusée.

Un fait important à signaler, c'est que cette asthénie générale ou ces asthénies localisées ne sont pas toujours en rapport avec la gravité des attaques de grippe. Bien au contraire, il est souvent arrivé que des individus sans fièvre, sans localisation catarrhale ou inflammatoire, ont été atteints progressivement de ce que H. Huchard désigne sous le nom d'état

grippal, caractérisé par cet état de fatigue morale, intellectuelle ou physique signalé plus haut.

« L'état asthénique, dit Huchard, voilà donc l'ennemi dans la grippe ; il faut le combattre de bonne heure, non par des arsenicaux et des ferrugineux, qui agissent trop lentement, mais par une médication portant surtout son action sur le système nerveux. »

H. Huchard a employé avec succès les préparations de strychnine, de caféine, les phosphates et les phosphures de zinc :

1° Les préparations de strychnine, sous forme de sulfate, à la dose de 2 à 3 milligrammes par jour.

Dans les cas graves, injections sous-cutanées de sulfate de strychnine, d'après la formule suivante :

Eau distillée. 10 grammes.

Sulfate de strychnine 1 centigramme.

1 à 4 injections par jour.

2° Les préparations de caféine, qui agissent sur le système nerveux avant d'agir sur la circulation.

On peut employer la caféine à l'intérieur, d'après cette formule :

Benzoate de soude	} à 2 grammes
Caféine	

pour huit cachets ; quatre cachets par jour, ou bien recourir aux injections sous-cutanées de caféine, d'après la formule suivante :

Caféine 4 grammes.

Salicylate de soude. 3 —

Eau distillée 6 —

Chaque seringue contient 40 centigrammes de caféine environ ; deux à quatre injections par jour.

Dans les cas graves, on peut ajouter les injections d'éther.

3° Les préparations de phosphore, parmi lesquelles les phosphates à la dose de 4 à 6 grammes par jour et le phosphure de zinc à la dose de 2 à 3 granules par jour.

Ce traitement, préconisé par H. Huchard, ne se rapporte évidemment qu'aux cas les plus graves, qui, heureusement ne se présentent pas tous les jours.

Dans les cas ordinaires, le traitement de la convalescence aura pour base exclusive l'usage des toniques. A une alimentation reconstituante, aux promenades, on ajoutera les potions avec extrait de quina et arséniate de soude, les vins de quinquina, etc...

Le sulfate de quinine trouve aussi son indication dans les formes traînantes, compliquées de névralgies.

Enfin, si la convalescence menace de durer trop longtemps, on peut avoir recours au fer et à l'hydrothérapie.

BIBLIOGRAPHIE

- Semaine médicale, novembre et décembre 1889.
Semaine médicale, année 1890.
Semaine médicale, n° du 13 janvier 1892.
GRASSET. — Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital Saint-Eloi
Suburbain. (Montpellier médical, janvier-juin 1890.)
EMOND. — Thèse de Paris, 1858.
Gazette des hôpitaux, 1868, n° 127.
H. HUCHARD. — Société médicale des hôpitaux. (Compte rendu de la
séance du 2 mai 1890.)
Société médicale des hôpitaux. (Compte rendu de la séance du 24 jan-
vier 1890.)
Académie des sciences. (Compte rendu de la séance du 27 janvier
1890.)
Académie de médecine. (Compte rendu de la séance du 28 janvier
1890.)

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 20 janvier 1892.
Pour le Recteur,
L'Inspecteur d'Académie délégué,
J. YON.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 janvier 1892.
Pour le Doyen,
L'Assesseur,
E. BERTIN-SANS.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque !
